

(1^{re} Série) FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY (N° 191)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SYPHILIDE PIGMENTAIRE
PRIMITIVE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le MARDI 5 AOÛT 1884, à 3 HEURES DU SOIR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROD. SAINTIN

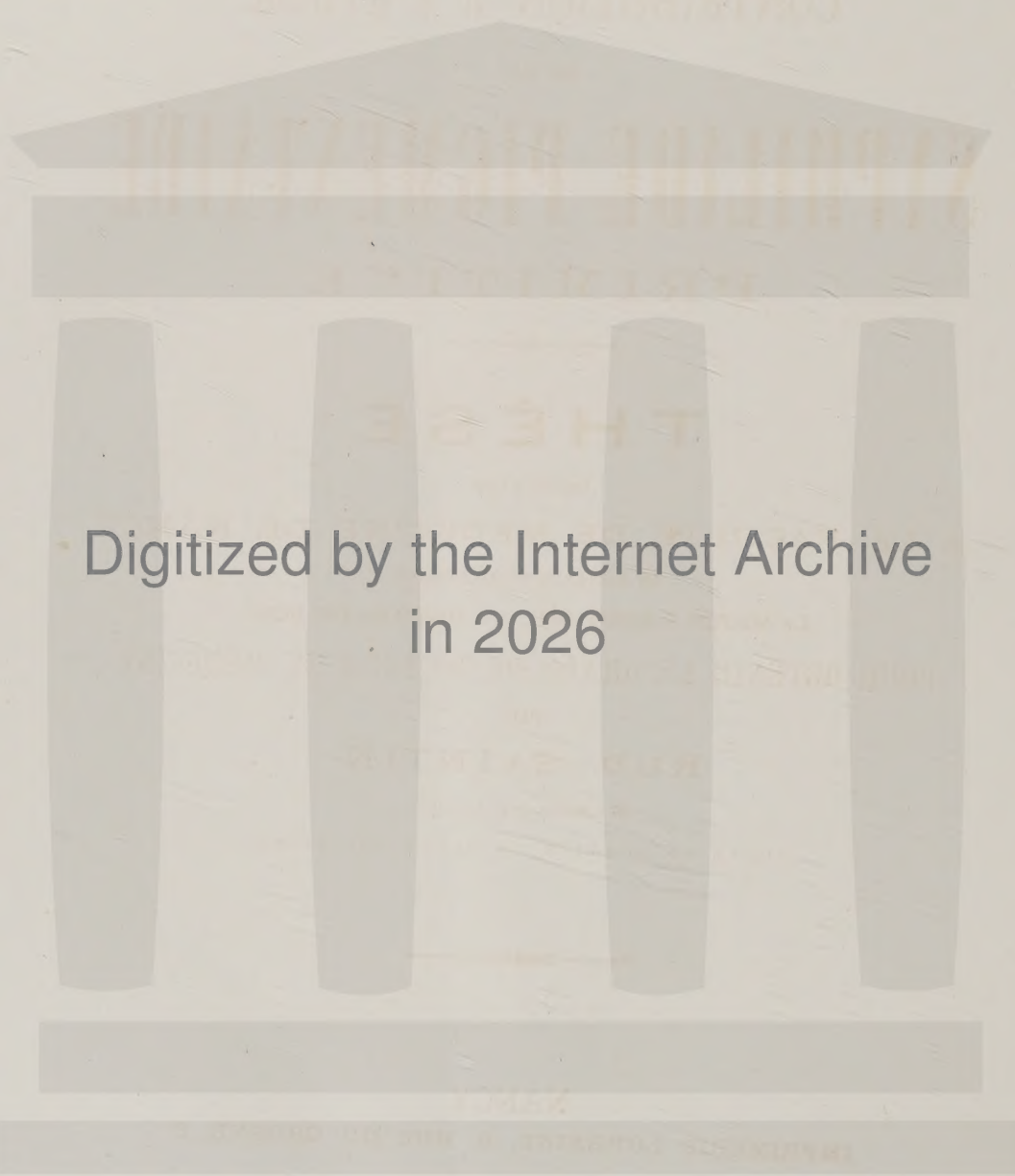
Né à Nancy, le 17 Août 1859

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, 5, RUE DU CROSNE, 5

1884



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547426_0026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SYPHILIDE PIGMENTAIRE
PRIMITIVE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le MARDI 5 AOÛT 1884, à 3 HEURES DU SOIR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROD. SAINTIN

Né à Nancy, le 17 Août 1859

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

NANCY
IMPRIMERIE LORRAINE, 5, RUE DU CROSNE, 5

—
1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES O ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. CAILLIOT ✱, STOLTZ C ✱, BACH ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES O ✱, professeur	
Thérapeutique.....	M. COZE ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. { ROUSSEL ✱, prof. {adj. E. PARISOT, id.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie descriptive.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Clinique externe.....	M. WEISS, agrégé, chargé du cours.	
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, id.	id.
Histologie.....	M. BARABAN, id.	id.
Chimie médicale et Toxicologie..	M. GARNIER, id.	id.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. SPILLMANN.
E. DEMANGE.
A. HERRGOTT.

MM. GARNIER.
WEISS.
SCHMITT.
ROHMER.

MM. BARABAN.
BAGNERIS.
MACÉ.

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. HECHT, *président* ; MM. HEYDENREICH, SPILLMANN et MACÉ.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance

A MES GRANDS PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR HECHT

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SPILLMANN

Hommage respectueux.

INTRODUCTION

Parmi les nombreuses manifestations de la syphilis secondaire, il en est une presque exclusivement réservée à la femme : c'est la syphilide pigmentaire primitive du cou.

Durant notre séjour comme interne à la Maison départementale de Secours, il nous a été donné d'en observer plusieurs cas très nets. Aussi, notre excellent maître, Monsieur le professeur agrégé Spillmann, nous a-t-il conseillé d'entreprendre leur étude et d'en faire le sujet de notre travail inaugural.

Cette question a déjà été traitée par les maîtres les plus autorisés ; la description des lésions pigmentaires a été faite par eux d'une façon magistrale ; mais, il est certains points d'étiologie et de clinique encore obscurs, sur lesquels nous avons cru bon d'insister.

Ainsi, nous avons été frappés de la fréquence relative des syphilides éphéliques, que jusqu'ici, presque tous les auteurs ont considérées comme très rares.

Dans certains cas, nous avons pu assister à leur évolution : c'est pourquoi nous avons tenu à publier les quelques observations que nous avons recueillies.

Heureux si nous pouvons apporter un faible tribut aux résultats acquis déjà par nos devanciers !

Mais, avant d'entrer en matière, nous tenons à remercier publiquement M. le professeur agrégé Spillmann, pour la bienveillance et tous les bons conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant toute la durée de notre internat.

Que M. le professeur agrégé Baraban reçoive, ici, le témoignage public de notre reconnaissance pour l'empressement qu'il a mis à nous aider dans les recherches microscopiques.

Merci, enfin, à MM. Drouet, Sadoul et Lenez, qui ont bien voulu mettre à notre disposition, l'un son talent de dessinateur, les autres leur connaissance des langues allemande et anglaise.

HISTORIQUE

Pendant bien longtemps, l'affection cutanée que nous nous proposons d'étudier a passé inaperçue aux yeux des premiers syphiliographes.

Hunter et Ricord n'en font nullement mention dans leurs ouvrages.

C'est seulement dans ces derniers temps, que Monneret et Michaelis ont décrit la *Dyschromie syphilitique*.

En 1853, Hardy en donne, le premier, une description sérieuse.

« Pour lui, la syphilis pigmentaire est analogue aux éphélides des femmes grosses.

« Il ne l'exclut pas pour cela des manifestations syphilitiques.

Suivant lui, « elle apparaît du quatrième mois à un an après l'accident primitif.

« C'est, dit-il, un mélange de taches grises et blanches, que leur *coloration peu intense* laisse souvent passer inaperçues. Les taches ne forment aucune saillie ; et leur présence n'entraîne ni démangeaison, ni desquamation. Les bords de ces taches sont disposés avec une telle irrégularité, qu'il est impossible de leur assigner un mode de configuration. Les taches grises se confondent avec les blanches, et les premières en sont d'autant plus apparentes. »

Cette syphilide pigmentaire siègerait habituellement sur le

cou, et s'adressait aux personnes à peau très fine. Il lui donne le nom de *Collier de Vénus*.

La marche de l'affection serait très irrégulière : sa durée pouvant être très courte, ou très longue, suivant les cas.

Le traitement n'aurait aucune influence.

Enfin, cette éruption pigmentaire ne se rencontrerait que chez les personnes atteintes de syphilis confirmée.

Pillon (*Thèse de Paris* 1857) traite le même sujet, sous le titre : *Syphilis maculeuse du cou*, et abonde dans le sens de Hardy. Lui aussi, donne à cette affection un caractère spécifique.

Dans un article publié en 1865, dans la *Gazette médicale*, Tantarri donne ainsi son opinion sur les distributions vicieuses de pigment qu'on observe dans le cours de la syphilis.

L'article est intitulé : « Syphilide pigmentaire à fond jaune. »

« Cette *Syphilide jaune primitive* est caractérisée par des
« taches couleur d'ocre, ou grisâtres, qui se manifestent
« ordinairement sur le cou, sous forme d'un large collier ;
« elles peuvent se montrer en d'autres points du corps avec
« une tendance à se propager dans une étendue plus ou moins
« grande ; mais, alors, leur siège habituel est à la partie antérieure du corps. Ces taches sont irrégulières à leurs bords,
« et disséminées sans ordre ; la peau qui les entoure a la
« *coloration normale*. D'autres fois on n'aperçoit pas de taches ;
« le pigment est uniformément distribué sur de larges surfaces, interrompues seulement par des îlots plus ou moins
« ronds de peau saine ; c'est en quelque sorte l'aspect d'un
« marbre à deux couleurs. »

M. Bazin, dans ses études sur la syphilis pigmentaire, la place à côté de l'albinisme, et la considère comme un véritable vitiligo.

L'existence de la syphilis pigmentaire n'a pas échappé à Fox, Taylor, P. Pirocchi, Gamberini et L. Jullien, qui ont donné, pour expliquer sa formation, des raisons que nous examinerons dans un autre chapitre.

Pour Drysdale (*The Lancet* 1877. Vol. II,) « la syphilis
« pigmentaire consiste en taches, alternativement brunes et
« blanches, que l'on peut voir sur le cou, ou sur une autre
« partie du corps. Ces taches ne font pas saillie à la surface
« de la peau et ne subissent pas de desquamation. Le diamè-
« tre de chaque tache varie depuis celui d'une pièce de six
« sous jusqu'à celui d'un shilling (12 sous), et le contour
« en est dentelé. Quelquefois, mais rarement, les plaques sont
« réunies sur un même point, de façon à couvrir une large
« surface.

Ces taches ne seraient trouvées que chez des syphilitiques mais le plus souvent sur le cou des femmes.

M. Mauriac considère la syphilis pigmentaire comme très rare ; suivant lui, elle paraît appartenir exclusivement au sexe féminin, et se développerait pendant la première année de la vérole, ou au plus tard au commencement de la seconde.

« L'affection consiste en taches, en marbrures jaunâtres et
« bistrées, irrégulièrement disposées les unes à côté des au-
« tres, isolées ou confluentes, semblables aux maculatures
« que ferait un pinceau chargé de matière ocreuse ou grisâ-
« tre, si on l'éclaboussait çà et là, par coups plus ou moins
« pressés, sur la surface cutanée. Le contour des taches n'a
« aucune netteté ; il se fond insensiblement avec les parties
« saines qui par contraste paraissent plus blanches, plus déco-
« lorées qu'à l'état normal. »

D'après les recherches de ce syphiliographe, l'étendue de

la syphilis figmentaire du cou est des plus variables ; quelquefois, on ne la rencontre que sur les parties latérales de la région ; d'autres fois, elle l'entoure complètement et « lui forme un collier » ; d'autres fois encore, elle va s'étaler beaucoup plus loin sur les régions sus-claviculaires et sternales.

M. Mauriac a trouvé que les taches différaient beaucoup quant à leur forme, leur dimension et leur teinte.

L'éruption n'est ni squammeuse, ni prurigineuse. Dans son *Traité de la syphilis féminine*, M. Fournier s'est arrêté un instant à décrire la syphilis pigmentaire avec le talent que l'on sait.

« C'est, dit-il, une série de taches ou de marbrures ocreuses, d'une teinte bistre plus ou moins foncée, sans forme régulière, disposées les unes au voisinage des autres, se touchant et se confondant pour la plupart, en enveloppant des îlots de téguments *sains*, de façon à figurer sur le cou une sorte de réseau, ou de dentelle à larges mailles.

« Elles sont ce que serait la peau si on l'avait peinte, si on l'avait maculée à l'aide d'un pinceau chargé de matière griseâtre. Elles sont, ou peu s'en faut, ce qu'est le *cou sale* de certains sujets peu soigneux. »

M. Fournier considère la syphilide pigmentaire ou éphélique comme un accident bizarre très curieux, qui ne ressemble en rien aux autres manifestations de la vérole. C'est pour lui, une pigmentation circonscrite de la peau ; c'est quelque chose d'analogue au masque des femmes grosses.

Kaposi nie formellement la syphilis pigmentaire ; il ne l'a jamais observée, dit-il, et ne la croit pas soutenable.

Pour Schwimmer (*Annales de Dermatologie* 1881), la syphilis pigmentaire s'observerait aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Il en a publié deux observations en 1880, dans la *Feuille médicale de Vienne*.

Atkinson (*the pigment syphiloderm. Archiv of. Dermatol.* 1878) considère dans la syphilis pigmentaire les parties foncées comme des manifestations pathologiques ; et il déclare, comme Fournier et Mauriac, que les taches blanches ne paraissent plus blanches que les autres parties du corps, que par l'effet du voisinage des portions pigmentées.

Tout dernièrement, le professeur A. Neisser, de Breslau, a décrit la syphilis pigmentaire sous le nom de : « Leucodermie syphilitique. »

Suivant cet auteur, c'est à O'Simon que l'on doit d'avoir appelé l'attention sur les caractères réels de l'affection cutanée décrite par tous les auteurs sous le nom de syphilide pigmentaire.

O'Simon a communiqué ses observations, il y a 3 ans, à la Société Silésienne.

Pour M. Neisser, « la Leucodermie syphilitique est une
« anomalie pigmentaire qui, étant donnée une peau saine, se
« présente d'abord sous forme de taches blanches. Ces taches
« peuvent avoir, au début, l'étendue qu'elles garderont dans
« la suite ; ou bien, — et c'est le cas le plus ordinaire, — elles
« s'étendent par leurs bords, deviennent confluentes, et la
« région atteinte présente enfin de grandes places dépourvues
« de pigment, séparées par des bandes étroites de coloration
« normale ou hyperpigmentées. L'étendue des taches est
« variable et peut avoir, dès l'apparition de la lésion, la gran-
« deur d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 20 et même
« de 10 pfennigs (20 centimes à un franc).

« Au commencement, les limites de la tache blanche et des
« parties colorées sont très nettes ; plus tard, elles sont plus
« effacées, et plus difficiles à distinguer.

Comme les auteurs précédemment cités, M. Meisser reconnaît, qu'à de rares exceptions près, la « Leucodermie » siège sur les parois postérieures et latérales du cou. Dans bien des cas, c'est le cou seul qui est atteint. Puis, par ordre de fréquence viendraient la région interscapulaire, puis le dos, puis le thorax et l'abdomen.

C'est par exception, que les parties internes des cuisses seraient prises.

L'auteur allemand n'a observé qu'une fois le mal aux extrémités supérieures et au milieu du front.



SMYPTOMATOLOGIE

La syphilide pigmentaire primitive est une des plus curieuses et des plus bizarres manifestations de la vérole. Elle n'est jamais précédée d'aucune autre lésion ; en un mot, elle est essentielle.

Elle affecte principalement le cou, et ce n'est que dans des cas très rares qu'elle apparaît ailleurs.

L'éphélide spécifique n'a rien de régulier ni dans sa forme, ni dans sa teinte, ni dans ses dimensions.

Tantôt elle ressemble à une cravate entourant le cou de la malade, tantôt elle a l'aspect d'un col de femme s'étalant sur la région interscapulaire.

Quant à la teinte, elle varie du gris-cendré à la couleur bistre ; en sorte que l'on peut dire que la syphilide pigmentaire a, chez chaque malade, une coloration différente.

D'après nos recherches, la forme dépend de l'âge de l'affection.

Dans presque tous les cas, la maladie débute par une hyperpigmentation uniforme des parties latérales du cou et de la nuque, visible surtout suivant la direction des sterno-mastoïdiens.

Puis, après un temps variable, sur ce fond pigmenté on voit apparaître de petites taches blanches par contraste, dues sans doute à une résorption partielle du pigment anormal.

D'abord peu nombreuses, ces taches blanches ne tardent pas à augmenter de nombre et à s'étendre, et c'est alors qu'il y a formation de la dentelle pigmentée qui les emprisonne dans ses mailles.

Plus la lésion devient ancienne, plus les taches blanches s'agrandissent, en entamant par leur périphérie le reticulum bistré.

Ce n'est qu'après un certain temps que la lésion, telle que la décrivent les auteurs, se trouve constituée.

Au premier abord, les parties claires, encadrées de parties foncées, semblent plus blanches que normalement : c'est l'erreur de ceux qui les ont prises pour une sorte de vitiligo.

Il n'en est rien cependant. Si sur le cou malade on étale une feuille de papier, dans laquelle on a ménagé deux découpures correspondant, l'une à une tache blanche, l'autre à une partie de peau saine du voisinage, on voit nettement que la tache qui semble si blanche, est encore plus foncée que la peau normale.

Lorsque les taches blanches ont pris un certain degré de développement, l'affection est arrivée à sa période d'état. A partir de ce moment, elle reste stationnaire ; et c'est le plus souvent à cette époque qu'elle frappe les yeux de l'observateur.

Sur la nuque et surtout sur les parties latérales du cou, on aperçoit des bandes de téguments, chargées de pigment, qui se joignent et s'anastomosent dans tous les sens. Au point de réunion, elles ont leur maximum d'épaisseur. Les directions qu'elles affectent sont des plus variables ; aucun ordre ne préside à leur distribution ; ici, elles sont plus larges ; là, plus étroites : on remarque toutefois qu'elles constituent un vaste réseau dont les mailles ont une tendance marquée à la forme circinée.

Qu'on n'aille pas croire cependant que la forme cerclée soit de règle.

Les jours que laisse la dentelle pigmentée, ne sont pas toujours des circonférences : tantôt ils semblent provenir de plusieurs parties de cercles de diamètres différents, tantôt ils sont complètement ovalaires ; mais toujours ils sont formés par des lignes courbes.

Les parties blanches ont exactement la même forme que les mailles qui les enlacent. Suivant les cas, elles sont soit disséminées, soit confluentes ; souvent elles ne sont séparées les unes des autres que par un reticulum très étroit de substance hyperpigmentée.

En règle générale, quand on examine la syphilis pigmentaire à sa limite, on remarque qu'il y a une intensité moindre de la pigmentation, et que la teinte des portions de peau malade finit par des transitions insensibles par se fondre avec celle des tissus voisins.

Le temps que l'éruption met à se développer ne peut être fixé avec certitude.

M. Neisser, d'après ses observations, indique comme durée moyenne du développement, deux à trois semaines.

Comme nous prenons pour point de départ de la lésion le moment où les parties latérales du cou se surchargent de pigment, il nous est impossible d'être aussi précis, car, au début, cette hyperchromie passe inaperçue très-facilement, et ce n'est que lorsqu'elle s'accroît qu'on commence seulement à la remarquer.

Une fois arrivée à sa période d'état, l'affection peut durer très-longtemps. Jamais elle n'a subsisté moins de cinq mois. Le plus ordinairement, elle persiste pendant une année. On cite des exemples de syphilides éphéliques qui n'abandonnerent le cou des malades qu'au bout de deux, trois ans. Pour

notre part, nous connaissons une syphilitique dont la syphilis pigmentaire remonte à l'année 1880.

Pour Neisser, la guérison de la leucoderma se ferait aussi vite que son apparition.

« Dans l'espace de quelques semaines, les taches les plus » anciennes d'abord, deviennent de plus en plus foncées, et » finissent par atteindre la coloration naturelle. »

D'autres fois, les taches blanches en s'élargissant font disparaître les parties foncées. Et le contraste entre les parties claires et foncées diminue. Enfin, la coloration blanche anormale fait, peu à peu, place à la coloration normale, et la réparation est achevée.

Nous n'avons jamais assisté, pour notre part, à l'évolution complète de la maladie. Toutefois, chez une de nos malades (observation IV), l'affection est en voie de disparaître. Les taches pâles ont peu à peu empiété sur le réseau pigmenté : en même temps, celui-ci, qui était très foncé, semble avoir perdu beaucoup de son pigment.

En sorte que pour nous, la guérison paraît devoir être obtenue par l'extension, sans cesse croissante des taches blanches — et la dépigmentation simultanée du reticulum foncé.

C'est sur quelques observations que nous sommes appuyés pour décrire la marche de l'affection, du moins dans ses commencements.

Nous ne pouvons mieux faire que les placer ici :

Observation I.

(Personnelle).

Julienne G...., femme brune, 18 ans, entre à la Maison de Secours le 11 février 1884.

Syphilide érosive parcheminée de la grande lèvre droite. Adonépathie cervicale du côté gauche.

Les faces internes des cuisses sont couvertes d'une éruption acnéiforme. Cette éruption d'acné existe aussi sur la poitrine. Ganglions cervicaux.

Sur la face muqueuse de la lèvre inférieure, près de la commissure droite on trouve une petite surface blanche qui ressemble beaucoup à une syphilide opaline.

5 mars. On observe des syphilides acnéiformes sur les membres inférieurs ; des syphilides érosives des grandes lèvres, des syphilides papulo-squammeuses de la nuque, et enfin des syphilides érosives des piliers du voile du palais.

23 avril. Syphilides de la bouche guéries. Les autres lésions restent stationnaires. Au 14 mai, les syphilides acnéiformes pâlissent. Les syphilides papulo squammeuses ont disparu.

Plaques d'herpès à la grande lèvre gauche : la malade se plaint de malaise et de fièvre.

La malade s'aperçoit que les parties latérales du cou brunissent fortement.

4 juin. La pigmentation du cou va en s'accroissant,

18 juin. Sur le fond pigmenté on aperçoit de petites taches blanches qui n'existaient pas lors du dernier examen.

25 juin. Adénopathie cervicale. Les taches blanches sur le fond pigmenté sont plus nettes et plus nombreuses.

8 juillet. Syphilides éphéliques confirmées. Les syphilides occupent la partie antérieure du cou et descendent jusqu'à environ un travers de doigt au dessous des clavicules : sur les parties latérales elles s'avancent jusqu'au moignon de l'épaule : en arrière, elles pénètrent dans la région interscapulaire.

La partie latérale du cou est très pigmentée. Les taches blanches qui apparaissent sur ce fond bistre, ont des dimensions variables : il en est de toutes petites, grosses environ comme une tête d'épingle ; d'autres ont l'étendue d'une pièce de vingt centimes ; en général, elles offrent une apparence circinée ; toutefois, il en existe d'ovales. A la partie antérieure du cou, la pigmentation est bien moins considérable, la teinte est brun cendré ; mais, là aussi, les taches blanches sont très visibles, et les bandes pigmentées qui les séparent sont très larges

Chez la femme qui fait le sujet de cette observation, c'est le 14 mai, six mois environ après l'accident primitif, qu'une accumulation de pigment commence à se faire sur la partie latérale du cou. Et pour la première fois, le 18 juin, on aper-

çoit de petites taches blanches qui pour être découvertes exigent une grande attention.

A partir de ce moment les macules blanchâtres deviennent et plus nombreuses et plus nettes, et les marbrures foncées, décrites par Fournier, sont alors constituées.

Dans l'observation suivante c'est aussi par une pigmentation anormale, que la syphilide éphélique se serait annoncée.

Observation II.

(Personnelle).

Salle St-Paul. — Amélie H..., modiste, 22 ans, est envoyée le 9 juin par la police à la Maison de Secours.

9 juin. Syphilides papulo-hypertrophiques des plis génito-cruraux : syphilides papuleuses en nappe sur les grandes et les petites lèvres. Syphilides de la marge de l'anus. Roséole circonée des membres abdominaux.

Adénopathie bi-inguinale.

Adénopathie cervicale. Ulcération spécifique de la face interne des joues.

D'après ces accidents, on peut faire remonter à six ou sept mois le début de la vérole.

Jeune fille blonde, tempérament lymphatique, peau très blanche.

L'attention de la malade fut attirée par la coloration foncée que prenait le cou : « il devint semblable, dit-elle, à celui d'une négresse. » Aucun tache claire ne tranchait sur ce fond bistre.

Depuis environ dix-huit jours, la teinte avait fortement pâli. Actuellement, en avant et en arrière, le cou est d'un jaune sale, sur les parties latérales, la teinte est plus accentuée. Sur ce fond jaune se remarquent de petites taches blanches de forme circonée et de différentes grandeurs.

Le 22 juillet les taches blanches ont grandi considérablement ; en même temps les bandes pigmentées sont bien plus foncées qu'au début sur les parties latérales.

Cette observation est un bel exemple de la marche envahissante des taches blanches. Elles se sont étendues sur le cou, comme s'étend de proche en proche une tache d'huile.

Mais ce qu'il y a de plus curieux ici, c'est la façon dont s'est comportée la zone pigmentée pendant l'accroissement des parties claires.

Au fur et à mesure que les taches blanches prenaient plus d'extension, le reticulum foncé en même temps qu'il devenait plus étroit, se pigmentait davantage.

Jaune sale au début, il était le 22 juillet, d'une coloration bistre intense.

C'est la seule fois que nous avons observé ce phénomène.

L'observation suivante montre encore un cas de syphilides éphéliques ayant débuté de la même manière :

Observation III.

(Personnelle).

Salle St-Paul. — Catherine B..., servante, 20 ans, entre à la Maison de Secours le 10 mai 1884. Ne se souvient pas du chancre primitif.

Le 21 mai, on constate chez elle des syphilides papulo-hypertrophiques de l'an us et des petites lèvres ; sur les petites lèvres également on trouve des syphilides érosives.

Rien au cou.

Le samedi 25, la malade est prise de céphalalgie, de frissons et d'un point de côté à droite. La pneumonie opère sa défervescence le 4 juin.

Le 25 juin on observe chez la malade des syphilides éphéliques du cou. La malade raconte que son cou, qui avant son entrée à l'hôpital était déjà coloré, aurait pris une teinte encore plus foncée et que le 18 juin, de petites taches blanches auraient apparu sur ce fond pigmenté et auraient chaque jour gagné en étendue.

Aujourd'hui, la syphilis pigmentaire occupe une surface considérable.

En avant, elle descend sur le devant de la poitrine jusqu'à moitié du sternum ; la partie supérieure des seins, la partie antérieure des bras, la paroi antérieure du creux de l'aisselle, en arrière les fosses sus et sous-épineuses sont occupées. La limite se trouve environ au voisinage de la sixième vertèbre dorsale. Les taches blanches sont en général circu-

lares ; quelques-unes semblent être composées de plusieurs arcs de cercles différents ; il en existe de petites, à peine grosses comme des lentilles ; il en est d'autres de diamètre plus considérable.

Le fond de la peau est couleur café au lait. C'est au devant de la poitrine et sur la peau de la paroi axillaire antérieure, que la pigmentation a le plus de force.

On peut noter, chez cette malade, un fait assez remarquable et qui s'éloigne de ce qu'on observe habituellement.

Chez elle, les teintes pigmentées ne vont pas, en s'affaiblissant, se confondre avec la coloration des tissus voisins. Elles s'arrêtent brusquement par une ligne de démarcation nettement tranchée. Il y a, en quelque sorte, deux peaux juxtaposées : une peau tigrée, occupant le cou, le dos, les épaules et les régions thoraciques supérieures, et une autre peau normale revêtant le reste du corps.

Ici, la marche de l'affection a été rapide. En peu de jours, du 18 au 25 juin, les taches blanches ont pris une extension considérable. C'est en somme une sorte d'évolution aiguë.

L'observation qui suit a trait à une femme chez qui les syphilides éphéliques se sont développées aussi dans le service.

Chez cette fille, la lésion a débuté par l'hypertrophie pigmentaire, et a suivi la même marche que chez les précédentes malades.

Observation IV.

(Personnelle).

Salle St-Paul. — La nommée Rosa N..., 21 ans, dentellière, entre au service le 3 août 1883. A son dire, il y avait déjà huit mois qu'elle était malade. L'affection aurait débuté par des boutons ; en même temps, il y aurait eu de la vaginite.

Femme brune, tempérament débilité. On constate une ulcération au niveau de la fourchette et une autre ulcération à la face interne de la petite lèvre droite. Adénopathie dans l'aîne droite. Sécrétion vaginale muco-purulente.

Vers le 14 novembre, sans que la malade ait suivi de traitement mercuriel, on observe des ulcérations au niveau des gencives, à la racine des dents.

De plus, tous les soirs, elle a de la température (38°) avec des sueurs nocturnes. A l'auscultation, inspiration rude, expiration prolongée au sommet droit.

La malade est soumise à un régime tonique et au bout d'un mois, la stomatite guérit.

Mais, le 26 décembre on remarque sur la petite lèvre droite des syphilides érosives ainsi que deux papules spécifiques sur la grande lèvre gauche.

Il y a, de plus, des syphilides érosives à la marge de l'anüs.

A ce moment aussi, apparaît une syphilide pigmentaire. Sur son cou naturellement brun, la malade s'aperçut qu'il se formait des taches blanches.

Mai. Ces syphilides occupent les régions latérales et postérieures du cou ; elles n'empiètent pas sur le tronc.

C'est sur les parties latérales qu'elles sont le plus marquées.

A ces endroits, elles apparaissent comme un vaste réseau, d'une teinte bistre, dont les mailles laissent voir quelques parties de peau plus pâle, placées irrégulièrement et comme au hasard.

Si l'on compare ces portions de téguments avec la peau saine, on remarque que la blancheur des parties isolées au milieu du reticulum pigmenté n'est qu'apparente, et si la peau paraît si blanche au premier abord, elle le doit à la zone foncée qui l'entoure.

Dans le mois de juillet, l'éruption a pali ; les tâches blanches se sont considérablement agrandies et le réseau bistré paraît moins foncé que primitivement ; le contraste des parties claires et foncées est moins frappant.

Le cas suivant est remarquable, en ce sens que la jeune femme atteinte, accouchée d'un enfant syphilitique, fut quelque temps sans présenter aucun signe de syphilis acquise.

Observation V.

(Personnelle).

Salle St-Paul. — Marie F..., 23 ans, domestique, tempérament lymphatique, peau très blanche, entre à la Maternité le 11 février 1884, y accouche le 12 mars, d'un enfant syphilitique.

Chez l'enfant, la syphilis était caractérisée par un coryza chronique et des syphilides papulo-érosives des mains, des fesses et de la plante des pieds.

C'est alors que la femme est entrée dans le service de M. le professeur agrégé Spillmann, le 27 avril.

Elle dit n'avoir jamais été malade, et ne s'être jamais aperçu d'un bouton.

Un examen attentif ne fait absolument rien découvrir, ni aux organes génitaux, ni à l'anus. Rien non plus sur le corps.

Le 28 mai. On constate des syphilides papulo-érosives des plis rayonnés de l'anus, et une syphilide érosive de la grande lèvre gauche.

Le 4 juin. Même état.

Le 10 juin. Les syphilides anales persistent, mais s'améliorent. La syphilide érosive de la grande lèvre est guérie.

Malgré le traitement prolongé par le proto-iodure de mercure et l'iodure de potassium, les lésions ne se modifient que très-lentement.

Le 12 juillet. La malade s'aperçoit de taches blanches sur la nuque.

Le 16 juillet. Nous remarquons que la peau du cou est d'un gris-cendré dans la partie postérieure : en avant, elle est très-blanche, ainsi que toute la surface du corps.

Sur ce fond cendré, se détachent des parties bien moins pigmentées, paraissant blanches par contraste, mais qui sont sûrement moins blanches que la peau des épaules, par exemple.

La forme de ces taches hypopigmentées est variable : les unes ont un aspect cerclé ; d'autres sont ovalaires ; d'autres enfin, semblent formées par la juxtaposition de plusieurs segments de cercle.

Cette syphilide pigmentaire respecte la partie antérieure du cou, et n'existe pas sur les parties latérales : elle se prolonge dans la région interscapulaire, et se termine, environ vers la sixième vertèbre dorsale en forme de pointe.

Les syphilides pigmentaires primitives que j'ai décrites dans les précédentes observations, se sont développées dans le service. Nous les avons eues sous les yeux depuis leur début jusqu'aujourd'hui.

Nous avons assisté, en quelque sorte à leur évolution :

celles dont nous allons maintenant donner la description. nous sont arrivées toutes constituées.

La date de leur apparition est plus ou moins lointaine. Chez les unes, l'éphélide spécifique s'est produite après quatre à cinq mois de syphilis acquise ; chez d'autres, le début de la vérole a été ignoré : il y a sept mois, un an, quatre ans même, que l'éruption pigmentaire a été reconnue par la malade.

Les descriptions que nous allons donner de ces éphélides montrent assez la lenteur que met l'affection à évoluer, puisque, chez ces malades, elles se présentent avec des caractères analogues, bien qu'elles soient d'âge différent.

Observation VI.

(Communiquée par M. Hagen, interne des Hôpitaux).

Jeanne K..., 19 ans, entre dans le service des syphilitiques le 16 novembre 1883.

Tempérament lymphatique, — cheveux chatians.

Elle n'a aucun souvenir de l'accident primitif, et prétend n'être malade que depuis un mois.

Etat actuel. 16 novembre. Adénopathie bi-inguinale surtout prononcée à droite. Œdème de la lèvre du même côté. Pas d'accidents aux petites lèvres. Syphilides des plis rayonnés de l'anus. Syphilides papuleuses de l'abdomen et de la nuque. Pas de lésions buccales. Pas d'alopecie. Adénopathie cervicale prononcée.

Le 21 novembre. Il apparaît sur la nuque et sur les régions latérales du cou, une syphilide pigmentaire s'étendant jusque sur la région dorsale. Elle se présente sous l'aspect de marbrures entourant des portions de peau saine (?) qui se distinguent nettement des parties pigmentées par une coloration plus pâle.

Il semble que toute la peau soit atteinte, et qu'on ait badiéonné toutes ces différentes régions cervicales avec une couleur d'un brun-jaunâtre.

Le premier décembre, les syphilides anales persistent.

31 janvier 1884. Les syphilides éphéliques de la nuque restent stationnaires.

La malade sort dans le mois de février.

Je parviens à retrouver cette femme le 16 juin. Elle me raconte, ce qui, du reste, se rapporte à l'observation précitée, que des taches sont apparues il y a sept ou huit mois.

Elles se seraient formées peu à peu, et ne seraient arrivées à l'état où elles sont qu'about de six semaines.

Tout d'abord, le cou serait devenu plus foncé; puis un beau jour, sur ce fond bistre, des petits cercles blanchâtres auraient pris naissance, et auraient acquis assez rapidement le diamètre qu'ils ont actuellement.

Sur la partie antérieure du cou, on ne constate absolument rien. La peau paraît tout à fait normale.

C'est sur la nuque et sur les parties latérales du cou, que les marbrures spécifiques sont le plus apparentes. A ces endroits, la teinte est uniformément bistre. On croirait que, sur la peau, on ait appliqué un masque jaune-foncé interrompu par ci, par là, de découpages circulaires à travers lesquelles on remarque une peau moins colorée, mais plus colorée toutefois, que dans les autres parties du corps, les seins et les épaules, par exemple.

Les bandes pigmentées sont beaucoup plus larges que chez les autres malades soumises à mon observation. A certains points, elles ont au moins quatre centimètres de largeur. Les cercles des téguments moins colorés ont, au contraire, à peine un centimètre de diamètre.

Au niveau de la septième vertèbre cervicale, la teinte va en s'affaiblissant jusque dans la région interscapulaire où elle se fond avec celle de la peau normale.

La malade n'a pas suivi de traitement depuis sa sortie de la Maison de Secours.

Observation VII.

(Personnelle).

Salle Sainte-Madeleine. — Anna H..., âgée de 20 ans, a déjà été à la Maison de Secours pendant l'année 1883, du mois de mars au mois de juillet.

Elle présentait à cette époque, pour toute lésion une ulcération de la fourchette. Durant les trois mois qu'elle demeura soumise à l'observation, aucun accident secondaire ne se manifesta, bien que la diagnostic syphilis eût été porté.

Mais quinze jours après sa sortie, la malade vit son corps se couvrir de taches : en même temps elle perdit ses cheveux, eut des croûtes sur le cuir chevelu et des taches blanches sur le cou.

Le 3 mars 1884, elle rentre dans le service de M. le professeur agrégé Spilmann.

C'est une fille brune à peau très blanche. A l'examen on ne découvre rien dans les régions inguinales. Aucune lésion ni à la vulve, ni à l'anus. Le vagin et le col sont sains.

A la nuque on observe une syphilis pigmentaire descendant jusque sur le tronc. La malade ne s'est pas aperçue de sa formation.

En avant ces syphilides éphéliques commencent au niveau des muscles sterno-mastodiens, suivent le bord inférieur de la clavicule, gagnent en arrière la région interscapulaire où elle se terminent en pointe ; sur les parties latérales elles empiètent un peu, principalement vers les fosses sous épineuses, de sorte que leur ensemble représente assez exactement un de ces cols que portent habituellement les femmes.

C'est à la racine du cou que les éphélides spécifiques ont le plus d'intensité.

Elles forment des bandes bistrées qui se joignent, se réunissent, en laissant emprisonnés dans leurs mailles des îlots d'un blanc jaunâtre, très nombreux ayant à peu près un centimètre dans tous les sens et possédant manifestement la forme circinée.

Les bandes pigmentées sont de dimensions variables et n'ont rien de régulier. Les plus considérables ont de deux à trois centimètres de largeur.

Aux limites de l'éruption leur teinte se confond insensiblement avec celles des parties de peau non malade :

La malade sort dans le courant de mai, sans avoir subi de traitement local : le traitement interne n'a eu aucune influence sur l'affection du cou.

Observation VIII.

(Personnelle).

Salle Sainte-Madeleine. — Angèle R..., âgée de dix-sept ans, entre à la Maison de Secours le 1^{er} mai 1884.

7 mai. A l'examen on observe des syphilides papulo-hypertrophiques de la face interne des cuisses et des plis génito-cruraux.

Aux petites lèvres existent des syphilides érosives. A la base de la grande lèvre gauche, on remarque une syphilide papulo-érosive, large comme une pièce de cinquante centimes : elle offre tout-à-fait la forme et l'aspect d'un chancre infectant.

De plus il y a une roséole généralisée ainsi qu'une syphilide pigmentaire du cou.

La malade est une femme très brune, cheveux noirs.

Il y a environ *un an* elle aurait remarqué sur son cou la présence de taches blanches contrastant singulièrement avec la coloration plus foncée des téguments voisins. Toutefois, s'il faut l'en croire, la peau de la nuque n'était pas jadis si basanée qu'aujourd'hui. Le ventre et la face interne des cuisses auraient été en même temps le siège de maculatures blanches absolument semblables : à présent il n'en reste aucune trace.

C'est trois mois environ après qu'un médecin eut constaté une rougeur (??) sur le col de la matrice que ces taches ont fait leur apparition.

L'accident primitif a passé inaperçu. Chez cette femme l'anomalie pigmentaire occupe toute la partie antérieure du cou ; elle descend jusqu'au sternum : de là, sa limite inférieure suit le bord supérieur de la clavicule jusqu'au moignon de l'épaule.

En arrière elle s'étend à toute la région de la nuque et s'arrête à la troisième vertèbre dorsale.

Dans les endroits affectés de syphilis pigmentaire il semble que sur des téguments déjà colorés faiblement on ait promené un pinceau chargé d'une matière ocreuse pour y dessiner de nombreux linéaments plus foncés.

C'est surtout sur les parties latérales du cou que la coloration anormale est le plus accentuée. De larges bandes bistres, affectant des directions très diverses, se joignent, se confondent, en laissant entre elles des jours occupés par de la peau d'une teinte plus claire.

En arrière ces éphélides sont moins nettes ; le reticulum pigmenté est moins accusé ; plus bas, enfin, la coloration s'affaiblit insensiblement et se confond par des transitions graduées avec celle des téguments voisins.

La région des macules ne présente aucun trouble de la sensibilité : les parties brunes perçoivent aussi bien la piquûre d'une épingle que les parties pâles.

Le 24 mai, la malade se sent prise de frisson, de céphalalgie frontale vive avec un point de côté à droite.

Le 26 mai on reconnaît manifestement une pneumonie du lobe moyen caractérisée par de la matité dans la fosse sous-épineuse et des râles crépitants vers l'angle de l'omoplate à droite.

La défervescence arrive le 1^{er} juin. L'éruption pigmentaire n'est en rien modifiée par la phlegmasie.

La malade est soumise au traitement spécifique depuis son entrée : l'état du cou n'a aucunement changé.

Observation IX.

(Communiquée par M. Hagen.)

La nommée Marie B..., 22 ans, entre à la Maison de Secours le 21 décembre 1883

Elle ne souvient nullement du chancre primitif.

Elle présente sur la nuque et sur les régions cervicales latérales et antérieures, une coloration spéciale de la peau. Cette coloration s'étend jusque dans la région dorsale, entre les deux omoplates, mais laisse intacte la face supérieure des épaules ainsi que les bras. Dans les parties signalées plus haut, la peau saine (?) a la forme de petits espaces losangiques nettement séparés les uns des autres par des lignes d'un brun jaunâtre.

J'eus dernièrement l'occasion de revoir cette malade, quand M. le docteur Sogniès, directeur du bureau d'hygiène, voulut bien avoir l'obligeance de me faire assister à sa visite hebdomadaire. La malade est une brune de très-bonne constitution.

Le syphilis pigmentaire reste chez cette femme sans se modifier en aucune façon. La coloration tigrée de la nuque et du cou tranche singulièrement avec la blancheur du reste du corps. Elle ne suit plus que je sache, aucun traitement.

Observation X.

(personnelle)

Marie L..., 19 ans, de Lunéville, très brune, entre à la Maison de Secours le 19 juillet 1883.

La malade se serait aperçue au mois de février, d'un bouton sur la grande lèvre du côté droit : ce bouton existerait encore aujourd'hui. Quinze jours avant elle avait eu de la fièvre et de la courbature. A l'examen on constate une syphilide papuleuse de la grande lèvre droite. Des syphilides papulo-hypertrophiques de la marge de l'anüs.

Sur l'amygdale gauche, syphilide érosive large comme pièce de vingt centimes environ. Pas d'alopecie.

Syphilide éphélique du cou dont le début a passé inaperçu aux yeux de la malade.

L'affection est caractérisée par des taches claires, séparées les unes des autres par des linéaments bistrés.

L'éruption entoure le cou comme le ferait une large cravate. Mais elle n'empiète pas sur les régions interscapulaires. En avant elle s'arrête brusquement au niveau de la première pièce du stérnum.

Observation XI.

(personnelle)

5 mai 1884. Célestine B..., 26 ans, née à Sainte-Marie-aux-Mines.

Malade adressée par la police à la Maison de Secours. A été mariée il y a cinq ans. Est accouchée d'un enfant bien portant qui mourut à l'âge de deux ans, écrasé par une voiture. Son mari n'a jamais présenté d'accidents syphilitiques. Lui aussi mourut de mort violente, en 1880. Un an après elle entre dans une maison publique

Elle n'accuse aucune maladie antérieure et n'aurait jamais eu, dit-elle, aucun bouton, ni aucune tache sur le corps.

Etat actuel. Femme brune dé cheveux, téguments peu colorés.

On constate des condylomes non ulcérés de l'anüs. Rien à la vulve. Leucorrhée abondante. Col utérin volumineux et granuleux. Pas d'adénopathie.

Syphilides éphéliques du cou et de la nuque, s'étendant jusque dans la région interscapulaire. Ganglions cervicaux.

En avant cette syphilis pigmentaire siège sur toute la partie antérieure du cou jusqu'aux régions sus-claviculaires.

Sur les parties latérales, elle va se terminer au moignon de l'épaule.

En arrière elle occupe toute la nuque et le cou, s'étale sur les côtés et en bas, sur les régions scapulaires. Au niveau de la troisième dorsale elle a une étendue d'environ vingt centimètre; c'est là sa plus grande largeur. A partir de là, elle va se diminuant pour terminer en pointe dans la région interscapulaire au voisinage de l'angle de l'omoplate.

En sorte que la lésion cutanée représente assez exactement un ovoïde à grosse extrémité tourné en haut, tandis que la petite répondrait à la colonne dorsale.

La teinte de cette syphilide pigmentaire est d'un jaune sale: elle n'a pas partout la même intensité.

Les parties latérales du cou sont plus pigmentées que les parties voisines. A cet endroit la coloration est tout-à-fait bistre, la pigmentation se présente sous forme de bandes qui, là, sont beaucoup plus larges que partout ailleurs. En arrière la coloration est plus faible, couleur café au lait. Le reticulum pigmenté a des mailles plus larges en arrière que sur les parties latérales du cou. Par suite, les îlots de peau plus blanche sont plus grands à la partie postérieure du cou que dans les régions latérales.

Plus bas enfin, la coloration se confond avec celle des téguments normaux.

L'éruption daterait de *quatre ans* si l'on en croit la malade.

Du 28 mai au 11 juin, la malade a pris sept frictions locales au savon napolitain. Il semble que les bandes bistres pâlisent.

Du 18 juin au 2 juillet, vingt-une frictions ont été données: on n'observe aucun changement.

Le 8 juillet, les taches blanches ont considérablement augmenté en grandeur; le reticulum pigmenté est plus étroit qu'auparavant.

Le 22 juillet. L'affection reste stationnaire.

Observation XII.

(Personnelle).

Salle St-Paul. — Julie M..., âgée de 24 ans, entre à l'hôpital le 10 juillet 1884.

C'est une blonde, tempérament strumeux.

Il y a cinq mois que la malade se serait aperçue de l'affection; elle aurait, dit-elle, débuté par une foule de boutons aux parties génitales: depuis cinq mois, ces boutons seraient restés stationnaires.

De plus, la malade se plaint que ses cheveux sont tombés en abondance; que sa voix est devenue voilée.

A l'examen, on constate une syphilide papulo-hypertrophique en nappe de la grande lèvre droite et de la marge de l'anus. Cette syphilide est uni-latérale, elle respecte complètement la grande lèvre gauche.

Il existe une syphilide éphélique du cou, dont la malade ne s'était jamais aperçue. Elle occupe surtout les parties latérales, sur une longueur de six centimètres environ. En arrière elle ne dépasse pas la septième vertèbre cervicale.

Les parties pigmentées sont couleur de hâle: elles forment un réseau très serré, dans les mailles duquel apparaissent des portions de peau moins colorée, de forme circinée.

Les malades qui ont servi à ces dernières observations, et qui sont arrivées dans notre service en pleine évolution de syphilide pigmentaire, n'ont prêté qu'une attention médiocre aux accidents survenus du côté du cou.

Dans les cas précités, il est impossible de refaire l'histoire de la maladie; le peu de bonne foi des malades, leur insouciance, doivent inspirer à l'observateur une grande méfiance; toutefois, parmi ces femmes, il en est quelques-unes qui, sans que nous les ayons interrogées, nous ont avoué que bien avant que les taches blanches n'aient apparu sur le cou, elles avaient remarqué, non sans inquiétude, que cette partie du corps prenait graduellement une teinte foncée, qu'elle n'avait pas auparavant.

Chez toutes, l'affection pigmentaire aurait mis un certain temps avant de parvenir à son apogée.

Toutefois, la marche que nous avons indiquée, ne serait pas toujours suivie par l'affection cutanée spécifique.

Si, dans bien des cas, les syphilides éphéliques se produisent

peu à peu, en suivant un ordre déterminé, il se peut cependant que le processus soit bien différent.

Ainsi, il se pourrait qu'on n'observât pas d'hyperchromie primitive, ni de taches blanches consécutives à cette hyperpigmentation.

La syphilis pigmentaire primitive pourrait s'établir d'emblée, avec tous ses caractères cliniques, c'est-à-dire, marbrures foncées comprenant dans leurs mailles des parties claires.

L'observation suivante, que nous avons empruntée à MM. Barthélemy et Balzer, prouve que la syphilis pigmentaire peut s'établir sans passer par toutes les phases qu'elle traverse habituellement. Elle se rapporte à un homme.

Observation XIII.

(Barthélemy et Balzer)

Nous avons pu suivre pas à pas l'apparition de la syphilis pigmentaire sur un malade qui se trouvait dans les salles pour des syphilides ulcéreuses et ecthymateuses disséminées. La marche de la syphilis était anormalement précoce, puisque le chancre remontait seulement à neuf mois.

Les accidents cutanés, malgré le traitement par les injections de peptône faites dans le service de Vidal, s'étaient montrés intenses, et avaient récidivé à plusieurs reprises et à de courts intervalles. Bref, la syphilis était grave, et pouvait avoir débilité le malade; mais elle ne pouvait être rangée parmi les formes vraiment dénutritives. Notons qu'il ne restait sur la peau aucune tache pigmentée pouvant donner lieu même à un semblant d'erreur d'interprétation.

Sur ces entrefaites, le malade fut pris de fièvre et d'embarras gastrique : le traitement spécifique mixte, qui était prescrit depuis un mois, fut supprimé.

Au bout de quelques jours, l'amélioration se fit; mais le malade resta un peu pâle : le traitement (un centigr. de protoiodure et 2 gr. d'iodure de potassium) avait été repris depuis trois jours.

C'est dans ces circonstances, que le malade fut pris d'une syphilis pigmentaire, aussi nette que possible.

Or, cette affection, développée brusquement sous nos yeux, se montra *d'emblée*, avec tous ses caractères, savoir: pigmentation aréolaire, intense, brunâtre, à reflets bistrés, jaunâtres, et à mailles hyperpigmentées; un certain nombre de plaques de peau saine.

Ces plaques étaient de dimensions différentes, mais avaient une tendance très manifeste à la circination; or, elles étaient circonscrites, rien n'était plus facile à le voir par des zones hyperchromiques; et c'étaient ces zones, qui, remarquables par leur orbicularité, imposaient aux portions de peau saine, cerneées par elles, la forme arrondie qu'elles affectaient.

La peau du cou était occupée, dans sa totalité, comme d'une cravate par cette maculature, qui était toutefois plus développée sur les parties latérales. Pas de différence de sensibilité dans les points intéressés.

Le lendemain, la syphilis pigmentaire, primitivement localisée au cou, apparut sur les flancs, et surtout sur le flanc droit. Là, on observa des mailles brunâtres, circonscrivant des plaques de largeur variable, mais de forme arrondie ou ovale, au niveau desquelles la peau était restée saine.

Au bout de trois semaines, pas de changement; le malade quitte l'hôpital.

Sept mois après, malgré le traitement continué, les maculatures du cou ne s'étaient aucunement modifiées; celles des flancs s'étaient atténuées.

Suivent les deux cas rapportés par Schwimmer, en 1880.

Observation XIV.

(Schwimmer.)

Femme, 35 ans, très brune, entrée à la Maison de Santé en janvier 1879, pour une syphilide papulo-maculeuse. Elle sort guérie, après 40 frictions.

Au mois de mai, cette femme revient pour un exanthème de la face, consistant en macules brunâtres, plus ou moins étendues, du front, des joues, du pourtour des lèvres, du menton.

Rien sur le tronc. La malade est mise au traitement par l'iodure de potassium. Au bout de trois semaines, pas d'amélioration sensible. L'éruption de la face est restée stationnaire ;

des taches semblables se montrent sur le cou, le thorax et l'abdomen ; si bien que, quinze jours après, tout le thorax et le dos présentent une coloration d'un brun sale uniforme, pigmentation qui se poursuit vers les épaules, celles-ci étant de coloration normale, sous forme de taches et de réseaux. Il n'y avait nulle part de traces d'érythème ou d'hypérémie ; mais des plaques avaient reparu dans la gorge, et les ganglions avaient augmenté de volume.

Au bout de 28 frictions, la pigmentation avait presque complètement disparu.

Observation XV.

(Schvimmer.)

Cette fois, c'est un homme qui fait le sujet de l'observation :

Homme, 35 ans, dans de mauvaises conditions d'hygiène, vient se faire traiter pour des syphilides ulcéreuses des deux jambes. Atteint cinq ans auparavant d'un chancre induré suivi de roséole, cet homme n'a suivi aucun traitement. Six mois avant son entrée, il a pris de l'iodure de potassium pour une affection rebelle de la gorge. Ce malade, soumis pendant un mois aux injections sous-cutanées de sublimé et à l'application d'emplâtres mercuriels, guérit complètement.

Le traitement mercuriel est remplacé par l'iodure de potassium. A ce moment apparaissent sur la figure des macules d'un rouge foncé, et en même temps, sur le côté droit du tronc, des taches pigmentées irrégulières, *non précédées d'érythème*.

A un moment donné, les macules du visage prennent le même aspect que celles du tronc. La continuation du traitement ioduré ne détermine aucun changement dans l'aspect de cette pigmentation ; le malade est remis aux frictions mercuriels ; et l'éruption pâlit à ce point, qu'il demande sa sortie au bout de trois semaines.

Observation due à l'obligeance de M. Spillmann.

A..., âgé de 22 ans, brun, d'une constitution robuste, a contracté un chancre syphilitique au mois d'août 1883.

Roséole consécutive avec alopécie et syphilides buccales et pharyngées.

Au printemps dernier, poussée de syphilides généralisées, psoriasis palmaire.

Bazin considère l'affection comme une sorte de vitiligo. Suivant lui, la lésion siège dans les parties blanches, tandis que les parties teintées sont normales. Du reste, il leur refuse le caractère syphilitique, par la seule raison que le traitement spécifique est sans effet.

Hardy (1853) prétend que les taches blanches sont dûes à un véritable déplacement des cellules pigmentaires, qui auraient la propriété de se porter dans les couches voisines ; aussi seraient-elles plus blanches que la peau normale de la région.

Il est certain, pour lui, que la peau seule est le siège de l'affection.

Fox et Taylor considèrent, eux aussi, l'anomalie pigmentaire comme un vitiligo. Ils déclarent que la lésion se forme par perte de pigment : ils arrivent à nier ses caractères spécifiques, et la considèrent comme une simple coïncidence de la vérole.

P. Pirrochi soutient que la syphilide pigmentaire est due à une perversion de la nutrition nerveuse, survenue sous l'influence de la syphilis.

M. L. Jullien va rechercher encore plus loin la cause du mal.

La syphilide pigmentaire consiste, pour lui, en une hyperchromie, en une production anormale de pigment.

Cette hyperpigmentation, à son avis, pourrait bien dépendre d'une lésion des capsules surrénales. L'on sait, en effet, que la couche corticale des capsules ne sont qu'un amas de follicules lymphatiques : ces follicules seraient atteints, comme tous les organes analogues le sont, à un plus ou moins haut degré pendant la période virulente de la maladie.

Les capsules surrénales avec le corps thyroïde, ne sont-ils pas les organes dont les lésions sont le plus fréquemment en rapport avec les troubles pigmentaires ?

M. Astley Bloxam a remarqué rarement la lésion qui nous occupe : il la regarde comme une sorte de leucoderma produit par quelque lésion nerveuse. Il aurait vu cette affection attaquer le dos, les mains, le cou et les organes génitaux et dans un cas il l'a vue se produire à la suite d'un ébranlement nerveux. Rien ne prouve qu'elle soit due à la syphilis : si c'était une lésion spécifique, elle céderait à l'iodure de Potassium et au mercure. (*Th. Lancet* 1877, vol II).

Le docteur Griffiths pense aussi que l'affection pigmentaire n'est pas de nature syphilitique. (*Th. Lancet*, 1877, vol. II).

Le docteur Drysdale se range à l'avis de Hardy et pense que les taches blanches possèdent moins de pigment que la peau normale.

Pour Gamberini, le sang infecté dès le début de l'affection syphilitique jouirait de facultés chromotogènes, et la formation d'amas pigmentaires dans la peau serait expliqué par là.

Tanturri put examiner la peau d'individus atteints de cette forme de syphilide; et il a constaté autant de pigment qu'à l'état normal dans les parties qui, suivant Bazin, en seraient dépourvues.

Bassereau considère les taches pigmentaires comme consécutives à la roséole et dues à une substance extra-vasée qui infiltrerait les couches superficielles de la peau.

O'Simon est plus explicite quand il dit que cette coloration reconnaît pour cause une altération pigmentaire du réseau de Malpighi, et qu'elle est ordinairement l'expression d'une syphilis antérieure.

M. Mauriac se demande si dans la syphilis pigmentaire il y a réellement à côté de l'hyperchromie sur certains points, une achromie vitiligineuse? Il ne le croit pas, du moins dans la pigmentation syphilitique primitive.

Dans la pigmentation syphilitique consécutive au contraire on pourrait observer de l'achromie.

La lésion inflammatoire (papule) est suivie d'une rétraction des papilles après sa guérison; le tissu conjonctif peut devenir plus fibreux et ses vaisseaux diminuer de volume: d'où la couleur blanche de certaines papules guéries qui font paraître plus pigmentée la peau qui les entoure (Carnil).

Dans la syphilide pigmentaire primitive, la dyschromie n'est précédée d'aucune autre lésion. Elle est essentielle, ou éphémère et si légère, qu'elle passe inaperçue.

« M. Fournier est d'avis que les taches blanches contenues dans les mailles du réseau pigmentaire, ne sont que relativement blanches, par opposition de couleur: elles ne présentent jamais cette teinte achrome ou laiteuse qui constitue seule le vitiligo.

Ces prétendues taches vitiligineuses ne sont donc que les téguments sains, normaux, qu'une simple illusion d'optique rend plus pâles, et fait croire décolorés. »

Pour Neisser de Breslau, la syphilide pigmentaire (Leucodermie syphilitique) se développe directement à la suite d'exanthèmes maculeux et aussi après des éruptions papuleuses. Donc, pas de syphilide pigmentaire primitive.

Toutefois, en ce qui concerne la roséole, on peut se demander si chaque leucodermie a été précédée d'une roséole; au cou, en effet la roséole est très rare et comme le cou est la région favorite de la Leucodermie, il s'agit de savoir si la roséole est réellement cause de cette affection.

A cette question, le professeur Neisser répond affirmativement.

« L'exanthème maculeux siège sur le cou plus souvent qu'on ne le croit; mais il passe inaperçu, attendu que des taches

« d'un rouge pâle ne sont vues sur un cou bruni que si on y appelle l'attention. »

Le professeur de Breslau aurait eu l'occasion de voir des macules leucodermique succéder à des taches de roséole en voie de disparition et prendre exactement la forme et l'étendue des points occupés par la macule.

« Quand les papules des régions cervicales et supra-scapulaires ont atteint l'apogée de leur développement, qu'elles se sont imprégnées de leur coloration brune ou brun-noirâtre, on voit subitement, et d'une façon très nette, un espace très clair, devenant de jour en jour plus blanc, se développer autour de l'efflorescence primitive. Cette zone grandit par sa périphérie ainsi que par son centre. En s'étendant, elle fait disparaître la masse pigmentaire centrale qui lui a donné naissance : bientôt, il reste une assez grande tache, où l'on ne distingue plus de la papule centrale qu'une ombre légère. Cette leucodermie provenant d'éruptions populeuses aurait une tendance spéciale à s'agrandir par la périphérie et finit par former de grandes taches blanches séparées par des lignes foncées.

Au début, l'affection consiste en taches blanches claires sur un fond plus foncé.

Les taches claires sont plus blanches que la peau normale. Mais le réseau de lignes foncées qui sépare les taches est ordinairement plus foncé que la peau normale.

Le professeur allemand fait remarquer que cet état n'existe que dans les cas où la maladie atteint son apogée. Dans la période d'augment comme dans celle de réparation, la couleur des taches claires ne serait pas très différente de la coloration normale.

Dans le réseau des lignes foncées, la pigmentation est bien plus forte que dans la peau saine.

Les taches blanches progressent peu à peu, finissent par l'emporter sur le fond, et le réseau de lignes foncées est constitué.

Il résulte de là, suivant M. Neisser, que la leucodermie n'est pas un simple déplacement de pigment, mais une perte directe de pigment.

La leucodermie n'a pas le même aspect, suivant qu'elle se développe sur le cou, ou une autre partie du corps.

Si l'on considère une leucodermie de l'abdomen, on ne voit que des taches blanches sur un fond uniformément pigmenté.

Au cou, il y a trois nuances dues à ce que le cou dans sa partie découverte, est toujours plus coloré que le reste du corps couvert par les habits.

Pour M. Neisser, presque tous les auteurs ont décrit l'affection d'une façon erronée, uniquement parce qu'ils n'ont pas eu comme lui, l'occasion de suivre la marche progressive de la lésion.

Il n'ont vu que les dernières phases (zones claires, coupées par un réseau de lignes foncées). Ils n'ont pas observé la courte période de l'apogée, dans laquelle *seule* on remarque le manque absolu de pigment. Au début, ainsi que plus tard, il ne reste qu'une pauvreté relative de pigment dans les taches blanches.

Pour ce qui est de l'anatomie pathologique de ces lésions de coloration, M. Neisser admet qu'au début, dans le processus inflammatoire qui caractérise la roséole et les papules syphilitiques, il y a prolifération rapide des cellules épithéliales de la couche de Malpighi. Ces cellules, en y comprenant la couche inférieure des cellules mères, se multiplient si rapidement, que le pigment qui, dans les conditions normales reste dans les couches épithéliales les plus profondes, se trouve,

grâce à la prolifération cellulaire rejeté au dehors, sans que pendant un certain temps, il soit remplacé par un nouveau pigment, venu des vaisseaux sanguins.

L'auteur ne veut pas admettre une résorption du pigment des cellules profondes par le corps papillaire.

Dans sa thèse inaugurale sur la leucodermie syphilitique (*Faculté de Leipzig*), le docteur Michelson exprime les mêmes idées que le professeur Neisser.

Suivant M. Cornil, l'hyperpigmentation paraît constituer toute la lésion dans la syphilide pigmentaire.

Elle doit, suivant lui, être précédée d'une roséole fugace ou inaperçue.

La diversité des opinions, le grand nombre des explications, montrent assez qu'on est loin d'être fixé sur la nature de la lésion.

Tous les auteurs qui ont cru à l'existence d'une sorte de vitiligo se sont évidemment laissés tromper par une illusion d'optique. Il n'y avait que l'analyse microscopique, qui fût capable de les éclairer. Mais ils ne l'ont pas faite ; par conséquent, leur avis ne peut pas s'imposer.

Quant à ceux qui ont nié la nature spécifique de la syphilis pigmentaire, est-il besoin de discuter leur assertion ? Peut-on admettre que cette affection ne soit qu'une simple coïncidence de la vérole ? La grande quantité d'observations recueillies, force à l'évidence ; et à présent, tout le monde est d'accord pour faire provenir le mal de la syphilis.

Bien qu'elle soit ingénieuse, la théorie de M. L. Jullien ne nous semble pas soutenable.

Que les capsules surrénales soient prises dans la syphilis comme le reste des lymphatiques, nous le voulons bien et même c'est probable : mais de là, à assigner à la syphilis

pigmentaire son point de départ dans les capsules surrénales, il y a loin et l'hypothèse nous paraît un peu hardie.

On a accusé ces organes d'être dans la maladie d'Addison la fabrique de pigment qui s'accumule dans les téguments.

Tout d'abord cette influence sur la pigmentation générale n'est pas prouvée : si, dans certains cas d'affection bronzée, on a trouvé des lésions tuberculeuses des capsules surrénales, d'autres fois elles étaient complètement indemnes.

De plus, la tuberculisation des capsules peut exister sans hyperpigmentation de la peau.

Mais admettons toutefois que la pigmentation dépende des capsules.

Pourquoi alors le cou serait-il un siège d'élection de l'hyperchromie.

Pourquoi la pigmentation ne serait-elle pas uniformément répandue sur tout le corps ? Pourquoi aussi dans certains points de la partie affectée existerait-il une achromie relative ?

Comme on le voit, la question n'est pas vidée et l'hypothèse de M. Jullien ne peut pas satisfaire complètement l'esprit.

Quant à la faculté chromatogène qu'acquerrait le sang par suite de l'infection syphilitique (Gamberini), elle est loin d'être démontrée.

Les expériences nombreuses que Tanturri a faites tant sur le sang de sujets syphilitiques atteints de syphilides pigmentaires que sur celui d'individus sains ne lui ont pas fait découvrir de différence appréciable.

Si la théorie était vraie on devrait aussi observer la lésion pigmentaire chez tous les syphilitiques et sur toute la surface du corps, et cela n'arrive jamais.

M. Neisser (de Breslau) tranche nettement la question en sa faveur : il possède plus de cent observations de « *Leuco-*

derma syphilitique », et lui seul, parmi tous les syphiligraphes, aurait eu le mérite d'arriver à la vérité.

Il nie tout d'abord la syphilide pigmentaire primitive: toutes les altérations dans la pigmentation seraient consécutives à des exanthèmes maculeux, difficiles, il est vrai, à observer sur le cou, mais qui sont très fréquents d'après lui.

Nous n'avons pas, tant s'en faut, le même nombre d'observations que le professeur de Breslau, toutefois nous avons assisté plusieurs fois à la formation de syphilides pigmentaires qui n'ont pas été précédées d'éruptions maculeuses, et nous croyons à l'existence d'une syphilide pigmentaire primitive, bien différente des traces plus ou moins permanentes de pigment que toutes les syphilides à peu d'exceptions près, laissent sur la peau. Dans ce cas, le pigment occupe la même place que la lésion originelle. C'est du reste l'avis de Mauriac et de Tantarri et nous nous y rangeons.

« Dans la période d'apogée de la maladie, les taches blanches seraient plus blanches que la peau normale, tandis que dans les périodes d'augment comme dans celle de réparation la couleur des taches claires ne serait pas très différente de la coloration ordinaire. »

Cette affirmation du professeur de Breslau ne nous satisfait que très incomplètement. « Je n'ai, dit-il, jamais eu l'occasion d'exciser de la peau atteinte de Leucodermie et par conséquent je ne suis pas à même de fournir des explications sur la marche anatomo-microscopique de la lésion. »

Comment alors a-t-il pu s'apercevoir qu'à un moment donné il y avait réellement perte de pigment dans les parties claires ; comment a-t-il pu affirmer que ces parties claires étaient plus blanches que la peau normale ?

Nous avons eu l'occasion d'exciser sur une syphilitique possédant depuis un an une syphilide pigmentaire, deux lam-

beaux de peau ; l'un pris en partie sur une tache foncée, en partie sur une tache claire, l'autre sur l'épaule où la coloration semblait normale. — Cette parcelle de peau devant servir de comparaison. (Observation VIII).

Les 2 lambeaux de téguments ont été durcis dans l'alcool à 95° et inclus dans la glycérine formique.

Voici ce que M. le professeur agrégé Baraban, qui a bien voulu faire les coupes et moi avons observé :

Peau du cou. Les cellules de la couche profonde de l'épiderme présentent une certaine irrégularité, dans la distribution du pigment qu'elles contiennent ; tantôt elles en sont totalement dépourvues, et ceci le plus souvent, mais non d'une façon constante au niveau du sommet des papilles du derme ; tantôt une seule couche de cellules, les plus profondes, possède des granulations pigmentaires en quantité variable du reste ; quelquefois enfin, le pigment existe à la fois et dans les cellules adjacentes au derme et dans plusieurs couches superposées ; ce détail se voit plus fréquemment dans les espaces interpapillaires qu'ailleurs.

Malgré l'exiguité des fragments examinés, on peut cependant constater dans un des bouts de la bande épithéliale, une quantité de pigment plus considérable qu'à l'autre bout, le morceau de peau enlevée étant à cheval sur la jonction d'une tache blanche et d'une tache pigmentée.

Ajoutons cependant que la quantité de pigment épithélial est ici, d'une façon générale, plus considérable que dans le fragment de peau du bras.

Le derme sous-jacent présente lui aussi, en grande quantité des granulations pigmentaires. D'un brun-jaunâtre, ces granulations sont très-fines pour la plupart, et se présentent rarement isolées. Le plus souvent, elles sont réunies par

groupes et de cette façon attirent immédiatement l'attention beaucoup plus que celles de l'épiderme.

Tantôt disposées en séries allongées, mesurant de 1 à 2 millièmes de millimètre d'épaisseur, pour une longueur de 10 à 20 fois plus considérable, elles paraissent être simplement placées entre les faisceaux conjonctifs du derme, sans qu'on puisse affirmer qu'elles soient logées dans des éléments anatomiques déterminés ; tantôt, au contraire, elles sont agglomérées en amas plus volumineux, arrondis, étoilés ou fusiformes, au milieu et sur les flancs desquels on parvient quelquefois à reconnaître un noyau, ce qui permet, dès lors, d'affirmer qu'elles habitent de préférence les cellules connectives du derme. Tout ce pigment, qu'il soit libre ou intercellulaire, se rencontre exclusivement dans les couches superficielles du derme et dans les papilles ; les éléments qui le renferment sont juxtaposés presque toujours aux vaisseaux sanguins ; en tous cas, c'est autour d'eux qu'ils sont le plus abondants. Ils forment ainsi des séries qui dessinent le réseau vasculaire. Le pigment du reste ne se trouve pas dans la paroi vasculaire même, mais en dehors d'elle, ce qui est parfaitement net sur les coupes transversales des vaisseaux.

Outre les éléments pigmentés, il y a d'autre part, autour de quelques vaisseaux, un certain nombre de noyaux conjonctifs, plus ou moins allongés, qui semblent être le résultat d'une inflammation ancienne, maintenant apaisée, mais dont les produits s'organisent en tissu fibreux.

Etant donnée la transparence normale de l'épiderme, il nous semble rationnel de faire jouer au pigment dermique un certain rôle dans l'appréciation des taches brunes présentées par le malade.

Peau saine. — Comme précédemment, irrégularité dans la distribution du pigment épidermique qui est aussi moins abondant. Quant au derme, il offre quelques granulations jaunes, isolées pour la plupart, mais elles sont très rares et ne se trouvent qu'autour des vaisseaux des papilles.

D'après cette analyse, nous rejetons absolument l'opinion de tous les auteurs qui, à côté d'une hyperchromie de certaines portions de la peau, ont voulu voir une achromie vitiligneuse de certaines autres.

Pour nous, la lésion siège aussi bien dans les parties foncées que dans les parties claires. M. Fournier considère celles-ci comme normales ; à notre avis, elles renferment aussi du pigment en excès.

En somme, de l'examen de ces fragments de peau il ressort clairement pour nous que dans la syphilide pigmentaire il existe :

- 1° Une distribution irrégulière du pigment épidermique ;
- 2° Un dépôt de pigment dans le derme lui-même ;
- 3° Enfin, une condensation du derme avec traces d'inflammation.

Il y aurait une véritable dermite chronique de nature spécifique.

Or, la syphilide pigmentaire s'observe dans la période des accidents secondaires, dans cette période de la vérole où la peau est le siège d'une foule de manifestations, papules, exanthèmes maculeux, qui indiquent dans les téguments superficiels, l'existence d'un travail inflammatoire.

Il nous semble possible d'établir un lien entre cette dermite syphilitique et la pigmentation épidermique.

La coloration brune, uniforme du début, nous paraît tenir à un certain état congestif de la peau. Cette congestion per-

siste un certain temps, pendant lequel les malformations pigmentaires se constituent.

La matière colorante du sang transsude à travers les parois vasculaires ; au niveau des papilles, là où la circulation est très active, le pigment ne peut stationner, il est refoulé à la périphérie, c'est-à-dire dans les espaces interpapillaires. Une fois que la congestion a disparu, il ne reste plus que la modification pigmentaire.

Le même processus s'observe chez les vieilles femmes qui se servent journellement de chauffrettes ; chez elles, par suite de la chaleur du charbon, il survient une congestion de la partie interne des cuisses, congestion qui, longtemps prolongée, ne tarde pas à amener des anomalies dans la pigmentation.

Pour nous résumer, nous dirons donc que, pour nous, la pigmentation spécifique est liée intimement à une dermite chronique, qui à l'œil ne se manifeste que par cet excès de matière pigmentée.

Pourquoi ce phénomène se produit-il plus souvent chez la femme ?

Ne serait-il pas possible qu'il existât chez elle une prédisposition constitutionnelle à ce travail de pigmentation que la syphilis pourrait éveiller ?



ÉTIOLOGIE

Maintenant que nous connaissons les caractères de la Syphilide pigmentaire, il nous reste à étudier les conditions de son développement. En effet, jusqu'à présent, nous n'avons vu qu'un des facteurs de l'affection; nous savons que la syphilis seule préside à son développement; voyons donc comment l'autre facteur, l'individu, se comporte par rapport au premier, et quelles sont les modifications que lui imprimeront les circonstances propres au milieu de son évolution.

Et tout d'abord le sexe : il résulte des observations précédentes, que la syphilide pigmentaire est relativement commune chez les femmes, puisque pendant 5 années, à la Maison de Secours, on l'observa 30 fois sur un total de 243 femmes syphilitiques, ce qui donne une moyenne d'environ 12 0/0 ; parmi les 95 femmes que nous avons pu observer au dispensaire, nous trouvâmes 22 syphilitiques, dont 8 atteintes de syphilides éphéliques, ce qui donne une proportion beaucoup plus forte de près de 33 0/0 : l'écart entre ces deux moyennes tient, croyons-nous, à ce que ce symptôme a besoin d'être cherché et que ne s'imposant pas de lui-même, surtout dans ses formes atténuées, il n'a pas été toujours signalé, alors que l'attention du public médical n'avait pas été attirée sur lui. Cette remarque trouve également sa place pour ce qui concerne les statistiques données par les divers auteurs. La diversité d'opinions chez les auteurs s'explique donc jusqu'à un certain point

si l'on considère les connaissances incomplètes de quelques observateurs et la facilité avec laquelle l'intensité diminue et, par conséquent, peut passer inaperçue. Pourtant, des différences locales paraissent exister : ainsi, à Breslau, le docteur Neisser la considère comme fréquente ; d'après ses observations des dernières années, il ne trouve pas moins de 45 0/0 de syphilide pigmentaire chez la femme, tandis que chez l'homme la proportion ne serait que de 4 0/0 : à Leipzig, sur 116 syphilitiques, on observe 16 fois la leucodermie, soit 14 0/0 ; à Vienne, la première division de syphilitiques, sous la direction du docteur Zeüsel, ne fournit pas un seul cas. Fournier et Drysdale considèrent l'affection comme fréquente : Tanturri l'a observée 18 fois sur 72 femmes, soit environ 22 0/0.

Il n'y a donc aucun doute sur la fréquence de l'affection chez la femme, comparée à sa fréquence chez l'homme. Il est vrai que pour ce dernier, les éléments de la question sont plus difficiles à réunir. Car, d'une part, il n'existe pas de dispensaires et de services où les vénériens soient soignés d'office. nous pourrions dire, de force et d'autre part, l'observation est rendue plus difficile chez l'homme, par l'existence des poils, par le hâle ; néanmoins, nous croyons la proportion de 4 0/0 donnée par M. Neisser, assez exacte, si l'on comprend sous la rubrique : syphilide éphélique, les cas où elle s'est développée ailleurs que sur le cou. En effet, comme le fait remarquer cet auteur, la localisation de la syphilide pigmentaire n'est ni aussi constante, ni aussi caractéristique chez l'homme, puisque, dans les quelques cas observés, elle siégeait surtout sur la poitrine, le dos et l'abdomen, et, fait remarquable à noter, ces hommes étaient le plus souvent des boulangers, des forgerons, des ouvriers travaillant au feu, chez qui par consé-

quent la pigmentation des parties exposées à la chaleur est presque un fait physiologique.

Quant à la cause de cette prédisposition exceptionnelle de la femme pour cette affection, on ne peut trop se l'expliquer. Hardy pense que la délicatesse de la peau en est la cause ; il affirme que, chaque fois qu'il a trouvé ce symptôme chez l'homme, la peau était très fine. Les observations de Neisser ne confirment pas cette hypothèse.

L'âge des malades atteintes de syphilides épéhlques, varie dans des limites assez grandes : ainsi, Neisser a observé plusieurs fois la syphilide pigmentaire chez des enfants atteints de syphilis acquise, et c'était toujours des petites filles ; il l'a également rencontrée chez une femme de 58 ans, et même d'une façon remarquable. Cependant ces faits sont exceptionnels ; comme la syphilide pigmentaire se développe environ 6 mois après le début de la maladie, comme le plus souvent l'invasion de la vérole a lieu à l'âge adulte, de 18 à 30 ans, il est évident que le plus grand nombre de nos malades devront appartenir à cette période de la vie ; en effet, nos observations se rapportent à des femmes dont la plus jeune a 17 ans, et la plus âgée 26. Nous ne pouvons cependant être très affirmatif sur ce point, puisque nos investigations ne portent que sur une catégorie de malades.

Par contre, il est une question d'âge beaucoup plus intéressante : je veux parler de l'âge de la vérole.

A quelle période de la maladie apparaît la pigmentation du cou ? Pour Neisser, la syphilide pigmentaire se développe dans le premier stade de la syphilis. Nous sommes complètement de cet avis ; c'est un symptôme qui apparaît du quatrième au sixième mois. Dans deux observations seulement de cet auteur, de syphilis galopante, on vit les éphélides du cou coïn-

cider dans le cours de la 2^e ou 3^e année, avec des gourmes et des ulcères ; ce ne sont là que des cas isolés et exceptionnels. Le plus souvent, nous pourrions même dire presque toujours, la pigmentation du cou coïncide avec l'éruption secondaire ; en même temps que la malade a des éruptions secondaires, des syphilides papuleuses à l'anus, aux muqueuses génitales, à la bouche, en même temps elle s'aperçoit que son cou brunit, s'encrasse. Chez nos 12 malades, la pigmentation apparut deux fois un an après l'invasion de la syphilis, deux fois trois mois et demi à quatre mois après le chancre ; chez les autres, elle suivait du cinquième au sixième mois la plupart du temps, et toujours en coïncidence, avec une éruption secondaire.

Il semblerait que ce symptôme, comme les autres manifestations de la syphilis, dût obéir aux mêmes lois et dût être proportionnel au traitement employé. C'est là une erreur, car la syphilide pigmentaire a ceci de particulier : que la pigmentation de la peau est indépendante du poison syphilitique, quant à sa production et à son développement. Son évolution n'est pas directement liée à celle de l'infection syphilitique. Nous la voyons, en effet, se développer aussi bien chez les syphilitiques qui ont subi un traitement sévère, que chez celles qui, par indifférence ou ignorance, n'ont pris absolument aucun médicament. C'est également une des conclusions du docteur Neisser : « on a observé, dit-il, que l'action d'aucun traitement ne hâtait ni ne faisait disparaître la leucodermie. » C'est aussi ce qui ressort de nos observations, où environ la moitié de nos malades n'avait subi aucun traitement. Les autres ont été soignées dans le service même, soit que l'affection se soit développée sous nos yeux, alors que la malade était sous l'influence d'un traitement énergique, soit qu'elles aient été soignées dans un séjour précédent.

On peut donc affirmer que le traitement, quel qu'il soit, n'a aucune influence, ni sur le développement, ni sur la marche, ni sur la disparition des éphélides. Une vérole traitée ou non traitée, donne lieu à cette affection dans les mêmes proportions, ce qui suffit pour lui donner une place à part dans la symptomatologie syphilitique.

Il est un dernier groupe de causes, qu'il nous faut passer en revue, se rapportant aux conditions physiques et sociales des malades. Nous serons bref à ce sujet. Et, d'abord, l'état de la peau a-t-il quelque influence ? Il ne paraît pas. Nous avons vu que l'hypothèse de Hardy, faisant porter la pigmentation sur les personnes à peau fine et délicate, n'était pas fondée ; il en est de même de la couleur des cheveux. Les femmes blondes, aussi bien que les brunes, sont, contrairement à l'opinion du D^r Neisser, atteintes de cette affection ; et même chez les femmes dont la peau a une teinte peu foncée, les parties atteintes paraissent beaucoup plus noires, par contraste avec la peau blanche saine ; ce qui se conçoit aisément, puisqu'il n'y a pas un simple déplacement du pigment des parties saines vers les parties malades, mais une augmentation du pigment existant. Ce que nous avons dit du peu d'influence de la couleur des cheveux sur la production des éphélides syphilitiques, nous pouvons le répéter au sujet de l'habitus extérieur des malades. Il semblerait cependant, au premier abord, que l'exposition à l'air fût une condition indispensable pour la production de la pigmentation, puisque chez certaines femmes elle affecte une forme spéciale n'atteignant que les parties du cou exposées au hâle, puisque, chez les hommes observés, elle se prononce surtout sur les parties découvertes du haut du corps. Mais comment expliquer son extension sur le haut de la poitrine, sur les seins, sur le dos même et sur des femmes qui sont presque tout le temps enfer-

mées ? L'exposition à l'air et à la lumière n'a donc pas une grande action. C'est peut-être un adjuvant ; mais nous croyons qu'il y a d'autres lois régissant la localisation de l'affection, lois qui restent encore à découvrir, car la syphilide pigmentaire se produit chez les femmes de toute condition.

DIAGNOSTIC

L'affection cutanée que nous venons d'étudier dans les précédents chapitres, s'offre généralement avec des caractères si nets, que le diagnostic s'impose, et que l'erreur est presque impossible.

Toutefois, il est bon de la différencier de ces colorations pigmentaires, qui prennent très souvent la place des éruptions spécifiques, et que, pour cette raison, on a appelées justement syphilides pigmentaires consécutives.

Celles-ci s'observent dans les points de la peau qui ont été déjà le siège de syphilides exanthématiques précoces. Elles ont une coloration jaune-sale, sont plus ou moins arrondies, disséminées, et sont séparées par des intervalles de peau saine. Elles occupent de préférence les parties antérieure et postérieure du tronc, les régions mammaire et sternale, la moitié interne des avant-bras, la partie antérieure et interne des cuisses. Elles présentent parfois des squames très fines : leur surface, dans tous les cas, est rugueuse, comparativement à la surface des parties environnantes, qui est lisse.

Au bout d'un certain temps, elles finissent par avoir la même coloration que les syphilides éphéliques ; et si l'on n'a pas soin d'observer attentivement les malades, on risque fort de prendre pour des syphilides pigmentaires primitives, les traces d'exanthèmes anciens.

C'est ce qui peut arriver pour les pigmentations survenant dans le cours de la syphilis de l'abdomen, des cuisses et du thorax.

Quand, au contraire, l'anomalie pigmentaire siège sur le cou, la confusion ne peut guère exister, puisque la roséole laisse la plupart du temps cet organe indemne.

Le *pityriasis versicolor* peut, lorsqu'il siège sur tout le tronc et sur le cou lui-même, être confondu avec la syphilide pigmentaire. Cependant, il a certains caractères qui permettent d'établir sûrement le diagnostic.

Effectivement, dans le pityriasis, il se fait au niveau de la lésion cutanée, une desquamation fine, furfuracée : les taches colorées, qui le constituent, sont légèrement saillantes au-dessus de la surface de la peau : dans la syphilide pigmentaire, la peau n'offre aucune saillie, et par le grattage, on ne détache aucune squame. Les malades, affectés de pityriasis, ressentent de légères démangeaisons, ce qui n'arrive jamais dans la lésion spécifique.

Enfin, si l'on examine au microscope une lamelle d'épiderme atteinte de pityriasis, on peut y retrouver un champignon spécial, le *microsporon furfur*.

Dans la *leucopathie* (Vitiligo, albinisme), les troubles pigmentaires ne ressemblent nullement à ceux des syphilides éphéliques : les taches sont inégalement grandes ; de plus, leur siège est différent ; on les observe spécialement sur la figure, les mains et les parties génitales. Dans ces sortes d'affections, il y a, dans les parties décolorées, une véritable perte de pigment. De plus, si les taches du vitiligo siègent sur la face ou la tête, on observe une décoloration des cheveux et de la barbe, chose qui n'arrive jamais dans la syphilide pigmentaire.

Les petites cicatrices qui surviennent à la suite d'excoriations chez les individus porteurs de pédiculi, peuvent, par leur nombre et leur siège, en imposer à première vue pour une syphilide pigmentaire. Mais, que l'on regarde bien, et ces cicatrices, qui sont rayonnées et d'un blanc laiteux, seront facilement reconnues.

On ne peut un instant songer à rapprocher de la syphilide pigmentaire, ces anomalies de pigment dues à des leucodermies cachectiques. Dans ces maladies, le pigment est uniformément distribué sur la peau. Jamais on n'observe, dans ces cachexies, la dentelle pigmentée de la syphilis. Du reste, les autres lésions suffisent amplement à éclairer le diagnostic.

Les *éphélides* des femmes grosses s'observent le plus souvent sur le front, et sont formées de larges plaques pigmentées : leur forme ne rappelle en rien la tendance à la circination des syphilides pigmentaires. De plus, elles sont loin de durer aussi longtemps que les pigmentations spécifiques, et celles-ci sont très rares sur la face.

Le diagnostic de la syphilide pigmentaire primitive est donc facile à rétablir : le siège des taches, l'existence du réticulum pigmenté, le défaut de saillie, et l'absence de démangeaisons, sont suffisants pour ne pas confondre cette affection avec toutes celles dont nous venons de parler.

Quand on remarque cet ensemble de signes chez une malade, on peut hardiment diagnostiquer l'existence de la syphilis. Les syphilides éphéliques sont un symptôme caractéristique de la vérole ; aussi peuvent-elles être d'un grand secours dans le diagnostic.

Le fait suivant, qui nous a été rapporté par notre excellent maître, M. Spillmann, montre assez l'importance pratique de ce symptôme.

Il s'agissait d'une dame récemment accouchée : l'enfant

présentait des signes douteux de syphilis constitutionnelle : cependant, au premier abord, les parents paraissaient sains, et n'accusaient aucun antécédent suspect.

L'examen du cou, chez la mère, révéla l'existence d'une syphilide pigmentaire ; et les accidents de l'enfant furent des lors expliqués, et purent ainsi être traités convenablement.

On peut venir demander au médecin si telle ou telle femme serait capable de faire une bonne nourrice.

La personne jouit en apparence d'une santé florissante. Elle ne présente aucun accident spécifique visible, sauf l'anomalie pigmentaire du cou : il peut être sûr qu'elle est en puissance de vérole, que d'autres manifestations pourront se produire, et que le nourrisson pourra être contaminé, s'il lui est confié. La conduite à tenir est dès lors fixée.

La présence de l'éruption pigmentaire, dans un endroit où l'investigation peut être faite facilement, est très avantageuse pour aider à poser le diagnostic, dans les cas où la malade cherche à cacher sa vérole, ou refuse de se soumettre à l'examen médical.

Il ne faut donc jamais négliger de rechercher ce signe : car son absence n'a aucune signification, tandis que sa présence est la preuve d'une syphilis à ses débuts, dans la première ou la deuxième année après l'infection.



TRAITEMENT

De toutes les lésions produites par la vérole, la syphilide pigmentaire est la plus tenace.

On a imaginé, pour la combattre, toutes sortes de traitements : leur nombre prouve bien leur inefficacité.

Tous les anti-syphilitiques ont été préconisés : la plupart des auteurs n'ont obtenu qu'un résultat négatif.

M. Fournier, frappé du peu de succès des médications employées, est arrivé à dire :

« La syphilide pigmentaire a deux attributs curieux :

» 1° Sa durée très longue ;

» 2° Sa résistance au traitement spécifique. »

1° Sa durée habituelle est infiniment plus longue que celle de toutes les autres syphilides, et de la plupart des manifestations diathésiques. Elle excède toujours, au minimum, une année ou deux, et souvent dépasse ce terme.

2° Les mercuriaux, s'ils la modifient, ne la modifient qu'avec une lenteur désespérante. L'iodure de potassium ne l'influence pas davantage. « Rien n'y fait. »

Tanturri, lui aussi, a reconnu l'impuissance de la médication : « Le temps seul, serait le médecin des pigmentations spécifiques. »

La non-réussite des mercuriaux et de l'iodure, dans cette manifestation de la syphilis, explique facilement pourquoi certains auteurs ont nié la spécificité de la lésion.

Pour eux, il paraissait certain que les anomalies pigmentaires ne faisaient que coïncider avec la vérole, puisque le traitement n'avait sur elles aucun effet.

Toutefois, il s'est trouvé des médecins qui auraient été plus favorisés.

Creswell, entre autres, recommande une solution d'arsenic et d'iodure de mercure au 1/20. Le médicament donné à doses très minimes, doit être pris trois fois par jour, après les repas. Sous l'influence de cette médication, les taches pigmentaires syphilitiques disparaîtraient promptement.

Schvimmer aurait également eu à se louer des frictions mercurielles, dans la même occasion : dans sa première observation, qui a trait à un homme, l'éruption aurait pâli au bout de trois semaines ; quant à la femme, vingt-neuf frictions auraient suffi pour effacer presque complètement la dentelle syphilitique.

Si l'on désire amener une disparition aussi rapide que possible des taches pigmentaires, il faut, d'après le docteur Unna, avoir recours au collodion au sublimé (de 1/2 à 1/10.) On évitera ainsi le danger de provoquer de la rougeur, de la desquamation, parfois même une éruption bulleuse.

La mousseline enduite de pommade mercurielle permet d'atteindre le résultat plus sûrement et plus promptement qu'avec les pommades et les solutions faibles ; si elle n'agit pas aussi promptement que les compresses de sublimé et le collodion au sublimé, elle est d'un emploi plus facile. On coupe de petits morceaux de mousseline, enduite de pommade au précipité blanc, ou de pommade mercurielle, à peu près de la dimension des groupes d'éphélides, ou des taches de chloasma, et, après avoir enlevé la matière grasse qui recouvre la peau, avec de l'eau de Cologne ou de l'alcool, on les

applique sur les parties malades. On fait ce pansement avant que le malade ne se mette au lit, sans bandage, ni collodion ; on l'enlève le matin par le lavage. L'auteur n'a pas, jusqu'à présent, fait préparer une mousseline avec de la pommade au bismuth et au mercure ; il se borne à prescrire, pendant le jour, une pommade au bismuth qui a l'avantage de dissimuler, comme un fard, les taches brunes.

Voici la formule :

Oxyde de bismuth . . . 2 gr.
Kaolin 5 gr.
Vaseline 20 à 40 gr.

On frictionne avec cette pommade, le matin, après la toilette, les taches de pigment. Il est préférable de n'appliquer la pommade, avec un pinceau, que sur les taches pigmentaires, de laisser sécher, et de ne l'enlever que plus tard. Pour cela, elle doit avoir la consistance d'une couleur à l'huile. L'auteur emploie la formule suivante :

Oxyde de bismuth . . . 2 gr.
Amidon de riz 2 gr.
Kaolin 4 gr.
Onguent de glycérine . 4 gr.
Eau de roses quelques gouttes.

En alternant les préparations de mercure et de bismuth, les taches pigmentaires disparaissent rapidement, sans rougeur ni désquamation, à moins que le pigment ne soit tellement enfoncé dans le derme, que nos remèdes ne puissent l'atteindre sans détruire le corps papillaire (1).

Ayant affaire à des malades, très indociles pour la plupart, refusant de prendre les remèdes qui leur étaient proposés,

(1) *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1881.

nous n'avons pu mettre en pratique tous les moyens préconisés.

Une seule malade a bien voulu se soumettre aux frictions locales avec le savon mercuriel de M. Monal.

Du 28 mai au 2 juillet, vingt-huit frictions ont été données. Après les sept premières, il nous a semblé voir pâlir le réseau pigmenté. Le 8 juillet, les parties claires avaient pris beaucoup d'extension ; le reticulum foncé était plus étroit ; mais, en somme, cette modification de la lésion pigmentaire doit-elle être attribuée au traitement ?

Ne dépendrait-elle pas plutôt de la marche de l'affection ?

Toutes nos autres malades ont été soumises depuis leur entrée à la Maison de Secours, au traitement mercuriel par les pilules de proto-iodure et de sublimé ; d'autres ont subi un traitement mixte (mercure et iodure de potassium). Eh bien, sous l'influence des remèdes, aucune syphilide pigmentaire ne s'est modifiée.

Chez une seule femme, Rosa N. (observation IV), nous avons observé une réelle amélioration. Mais il faut dire ici que l'éruption pigmentée durait depuis le 26 décembre 1883 ; rien d'étonnant alors si, en juillet 1884, sa teinte a commencé à pâlir.

Aussi, est-ce avec beaucoup de réserve que nous acceptons l'histoire de ces syphilides pigmentaires rapidement guéries : à notre avis, la marche de l'affection est essentiellement chronique, et le traitement ne peut guère avoir d'action sur les altérations produites.

En effet, il n'y a ici ni éruption, ni néoplasme dont les médicaments spécifiques puissent hâter la résorption. Il y a pour nous, une dermite chronique accompagnée de dépôts pigmentaires, formés dans le derme pendant la période de

congestion ; il y a, en outre, irrégularité dans la distribution du pigment épidermique.

Eh bien, ces granulations pigmentaires, fruits d'une inflammation chronique, sont à l'abri des médicaments ; ceux-ci pourront peut-être arrêter la marche de l'affection ; mais les granulations déjà arrivées dans le derme et l'épiderme, y resteront pendant le temps, toujours long, qu'il faudra pour que la nutrition modifie en totalité les tissus qui en sont dépositaires,

M. Spillmann nous a dit avoir vu le savon mercuriel exercer sur une syphilide pigmentaire une heureuse influence. Il est vrai que la femme qui en était atteinte, se frictionnait le cou avec force et conscience, jusqu'à produire des érosions superficielles de la peau. Est-ce que dans ce cas, la lésion n'aurait pas été influencée mécaniquement, si j'ose dire ? Le massage de la peau n'aurait-il pas régularisé la circulation dermique, et arrêté les progrès de la dermite spécifique ?

PRONOSTIC

Le pronostic de la syphilide pigmentaire est facile à établir, d'après tout ce que nous venons de dire.

Cette lésion n'est pas un accident grave de la vérole et n'indique pas l'existence d'une syphilis grave ou bénigne. Cette distribution anormale de pigment se rencontre dans toute espèce de syphilis ; et il est impossible que sa présence chez une malade assombrisse ou, au contraire mitige le pronostic.

Tout ce que l'on peut dire, c'est que la syphilide pigmentaire est une lésion rebelle au traitement spécifique, qu'elle a une durée très longue : c'est seulement dans ce sens, que le pronostic est fâcheux.

La guérison s'obtient sûrement, mais avec une lenteur excessive.

Aussi la syphilide pigmentaire fait-elle le désespoir de certaines malades, qui n'osent pas se présenter dans le monde avec cette marque caractéristique de la syphilis.

Toutefois, comme le dit M. Fournier, la coquetterie féminine a tant de moyens à sa disposition, qu'elle réussit très souvent, à l'aide de poudres et d'onguents, à cacher aux yeux du public cette preuve flagrante de l'infection spécifique.

La patience et le temps font le reste.



CONCLUSIONS

I. — La syphilide pigmentaire primitive du cou est caractéristique de la vérole. Elle permet, à elle seule, d'affirmer l'existence d'une diathèse spécifique.

II. — La syphilide pigmentaire s'observe dans la période secondaire de la vérole; elle se déclare ordinairement dans la deuxième moitié de la première année de l'infection.

III. — Sa durée est généralement très longue. Le traitement n'a sur elle qu'une influence très contestable.

IV. — Cette lésion semble être produite par une inflammation chronique de la peau (dermite syphilitique); la peau des parties claires et foncées est atteinte simultanément, bien qu'à un degré inégal : les taches blanches sont moins blanches que la peau normale, puisqu'elles contiennent un excès de pigment.

V. — La syphilide pigmentaire s'observe presque exclusivement chez la femme; mais on peut aussi la rencontrer chez l'homme.

VU :

Le Président de la thèse,
Nancy, le 29 Juillet 1884.
L. HECHT.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 29 Juillet 1884,
Le Recteur,
M. MOURIN.

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Des sulfates en général, leur dosage dans les urines.
- 2° PHYSIQUE. — Sources de la chaleur animale. — Causes de sa constance chez l'homme.
- 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Des spirilles et des spirochaetés. — Du spirochaeté de la fièvre rémittente.
- 4° ANATOMIE. — Papilles de la peau.
- 5° HISTOLOGIE. — Tissu nerveux.
- 6° PHYSIOLOGIE. — Des sensations de température.
- 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — De la hernie ombilicale et congénitale.
- 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des maladies parasitaires.
- 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — De la méningite tuberculeuse.
- 10° THÉRAPEUTIQUE. — De l'action pharmacodynamique des mercuriaux.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Extirpation des lipomes et des tumeurs fibreuses sous-cutanées.
- 12° ACCOUCHEMENTS. — Indication de l'embryotomie.
- 13° HYGIÈNE. — Des émanations délétères des fosses d'aisances.
- 14° MÉDECINE LÉGALE. — Le vagissement utérin au point de vue médico-légal.



OBSERVATION VIII.

